**Отчет о практике в женской консультации**

**Характеристика лечебного учреждения**

Женская консультация г. Тобольска входит в состав ЦРБ им. В.А.Филонова и оказывает амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь женщинам г. Тобольска, а также пос. Защитино, пос. Жуковка, пос. Иртышский и Савинский Затон.

Общее количество женщин 56443, из них фертильного возраста 31420

Женская консультация расположена на двух этажах в здании городской поликлиники. Работа организована по территориальному принципу: вся площадь обслуживания разделена на 8 акушерско-гинекологических участков. Режим работы женской консультации организован с учётом максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи:

-в рабочие дни приём ведётся с 8.00до 19.00

-в праздничные и выходные дни неотложная помощь обеспечивается специализированными отделениями (родильный дом или гинекология)

**Структура женской консультации**

Регистратура (приём врача по талону, а также самозапись по телефону на приём в удобное время)

Кабинеты участковых врачей акушеров-гинекологов

Кабинет патологии шейки матки, где проводится кольпоскопия, биопсия шейки матки, диатермокоагуляция, полипэктомия; а также диспансерное наблюдение женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки.

Малая операционная

Кабинет по планированию семьи

Кабинет детского гинеколога

Дневной стационар на 15 коек

Организованы спец. приёмы по невынашиванию беременности, бесплодию, планированию семьи, а также приём онкологических больных и ВИЧ-инфицированных женщин.

В женской консультации ежедневно ведёт приём врач-терапевт и врач-уролог. Узкие специалисты принимают беременных женщин по талонам в выделенное для этого время в городской поликлинике.

Трижды в неделю проводятся занятия с беременными женщинами в «Школе матери» с целью проведения психопрофилактической подготовки к родам и лактации; обсуждаются вопросы контрацепции.

Еженедельно по четвергам проводится заседание консультативно-экспертной комиссии (КЭК) с разбором сложных клинических случаев.

Ежемесячно совместно с врачами родильного дома и врачами-неонатологами проводится разбор случаев перинатальной смертности.

Я веду приём на первом акушерско-гинекологическом участке, в состав которого входят следующие улицы: Алябьева, Новая, Чернышевского, Грабовского, Зелёная, Горького, Менделеева, Ленина, Декабристов, Дзержинского, Гагарина, Сакко-Ванцетти, Дальняя, Будённого, Слесарная, Семакова, Володарского, Кооперативная, 1,2,3 Трудовая, 1,2,3 Речная, Набережная Карла Маркса;

Переулки: Новый, Ленинский, Сенной, Кировский, Дзержинского, Слесарный.

Участок расположен в подгорной части города, площадь 50 кв.км. Общее количество населения 11687чел, из них женщины 6625 чел, в т.ч. фертильного возраста 2632 чел. На участке расположены школы №№ 1 и 14. Особенностью этого участка, кроме большой площади обслуживания и преимущественно частного сектора, является также и то, что (по сравнению с другими участками) велик процент неработающих женщин и социально- неблагополучных семей.

Работа на участке организована согласно приказа Минздрава России от 10.02.03 №50. Первичный приём женщин проводится по талонам, приём беременных женщин и повторный приём гинекологических больных – по записи в специально выделенное время.

Всем родившим женщинам, не состоявшим на учёте, а также с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольный выкидыш, замершая беременность, гестозы, кесарево сечение) в обязательном порядке проводится патронаж на дому с последующим целевым диспансерным наблюдением и обеспечением надёжными методами контрацепции.

По графику, составленному зав. женской консультацией, веду цикл занятий в «Школе матери» по психопрофилактической подготовке к родам, особенностям течения беременности и родов, обезболиванию в родах, подготовка и поддержание лактации, контрацепции.

Также по совмещению (после основного рабочего времени) работаю врачом УЗИ. Провожу исследование беременных женщин в скрининговые сроки на предмет выявления хромосомных маркеров, врождённых пороков развития плода, патологии плаценты и пуповины; доплерометрия сосудов матки и пуповины; осмотр гинекологических больных трансабдоминальным и трансвагинальным датчиком

Моя работа представлена в виде таблиц и диаграмм, в которых отражены качественные показатели за период 2001-2003гг., а также, для сравнения, показатели по женской консультации.

Основные показатели работы 1 участка по беременным женщинам

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2001г. | 2002г. | 2003г. |
|  | % |  | % |  | % |
| Остаток | 61 |  | 79 |  | 66 |  |
| Взято всего | 146 |  | 187 |  | 200 |  |
| Первичные | 126 |  | 160 |  | 173 |  |
| Из них до 12 недель | 77 | 53% | 105 | 56% | 122 | 61% |
| Более 28 недель | 10 | 6,9% | 15 | 9,3% | 13 | 6,5% |
| Первобеременные | 49 | 33,6% | 46 | 24,5% | 64 | 32% |
| Из других городов | 8 |  | 12 |  | 7 |  |
| Из других участков | 8 |  | 15 |  | 10 |  |
| Родило всего | 149 |  | 186 |  | 189 |  |
| Из них не наблюдались | 21 | 14% | 20 | 10,8% | 16 | 8,5% |
| По возрасту  |  |  |  |  |  |  |
| До 14 лет |  |  |  |  |  |  |
| 15-19 лет | 23 | 15,4% | 27 | 14,5% | 28 | 14,8% |
| 20-29 лет | 106 | 71% | 122 | 65,6% | 125 | 66,1% |
| 30-39 лет | 20 | 13,4% | 36 | 19,3% | 35 | 18,5% |
| 40-44 года |  |  | 1 | 0,53% | 1 | 0,53% |
| 45-49 лет |  |  |  |  |  |  |
| Роды в срок | 140 | 94% | 175 | 94,1% | 180 | 95,2% |
| Преждевременные | 9 | 6% | 10 | 5,3% | 9 | 4,7% |
| Запоздалые |  |  | 1 | 0,53% |  |  |
| Из взятых на учёт | 36 | 24,6% | 34 | 18,2% | 27 | 13,5% |
| В т.ч. самопроизв. аборт | 4 | 2,7% | 11 | 5,8% | 10 | 5,0% |
| Аборты по мед. показ. | 2 | 1,3% | 3 | 1,6% | 4 | 2% |
| Аборты по соц. показ.  | 7 | 4,7% | 1 | 0,5% |  |  |
| Выбывшие в др.города | 16 |  | 11 |  | 6 |  |
| Выбывшие на др.участки | 7 |  | 8 |  | 7 |  |
| Остаток на конец года | 79 |  | 66 |  | 66 |  |
| Осмотрено терапевтом | 128 | 86% | 166 | 89,2% | 173 | 91,5% |
| Из них до 12 нед. | 74 | 51% | 103 | 54% | 120 | 60% |
| Осложнения во время беременности | 78 | 52,3% | 87 | 46,7% | 84 | 44,4% |
| Токсикозы 1 пол.беремен. | 18 | 12% | 21 | 11,3% | 17 | 9% |
| На 1000 родов |  | 123,0 |  | 112,9 |  | 90,1 |
| Токсикозы 2 пол.беремен | 60 | 41% | 66 | 35,4% | 67 | 35,4% |
| Отёчная форма. | 12 | 8,21% | 15 | 8,06% | 16 | 8,5% |
| Гестоз 1 | 14 | 9,6% | 11 | 5,9% | 13 | 6,9% |
|  2  |  |  |  |  |  |  |
|  3 |  |  |  |  |  |  |
| На 1000 родов |  | 95,8 |  | 59,1 |  | 68,7 |
| Сочетанный гестоз | 34 | 23,2% | 40 | 21,5% | 38 | 20,1% |
| На 1000 родов |  | 232,8 |  | 215,0 |  | 201,0 |
| Преэклампсия, эклампсия | 1 | 0,7% |  |  |  |  |
| На 1000 родов |  | 6,84 |  |  |  |  |
| Экстрагенит.пат. во время беременности  | 146 | 100% | 196 | 105,3% | 226 | 118% |
| Серд.-сосуд.заболевания | 12 | 8,2% | 14 | 7,5% | 24 | 12,6% |
| Анемии | 61 | 41,8% | 84 | 45,1% | 109 | 57,7% |
| Заб. мочеполовой с-мы | 21 | 14,3% | 36 | 19,3% | 30 | 15,8% |
| Из них пиелонефрит | 16 | 10,9% | 22 | 11,8% | 25 | 13,2% |
| Заб. щитов железы | 16 | 10,9% | 20 | 10,7% | 17 | 8,9% |
| Заб.дых системы | 26 | 17,8% | 37 | 19,8% | 31 | 16,4% |
| Сахарный диабет | 1 | 0,07% |  |  |  |  |
| Болезни сист.кровообращ | 9 | 6,1% | 5 | 2,6% | 14 | 7,4% |
| Из них варикоз.болезнь | 6 | 4,1% | 5 | 2,7% | 11 | 5,8% |
| RH-конфликт | 1 | 0,07% |  |  |  |  |
| RH-негативизм | 16 | 11% | 18 | 9,7% | 19 | 10,1% |
| Угроза прерыв. берем-ти | 39 | 26,7% | 42 | 22,6% | 46 | 24,4% |
| Аномалии развития плода |  |  | 1 | 0,53% |  |  |
| Материнская смертность |  |  |  |  |  |  |
| Оперативное родоразрешение | 28 | 19,1% | 30 | 16,1% | 32 | 16,9% |
| Кесарево сечение | 26 | 17,8% | 21 | 11,3% | 30 | 15,9% |
| Плодоразрушающие опер |  |  |  |  |  |  |
| Ручное обслед.пол.матки | 1 | 0,07% | 7 | 3,8% | 2 | 1,1% |
| Акушерские щипцы | 1 | 0,07% | 2 | 1,1% |  |  |
| Осложнения в родах  | 45 | 30,8% | 45 | 30,8% | 25 | 13,2% |
| Аномалии род.деятельн. | 39 | 26,4% | 38 | 20,4% | 23 | 12,1% |
| Предлеж. плаценты | 1 | 0,07% |  |  |  |  |
| ПОНРП | 3 | 2,1% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% |
| Гипотоническое кровотечение | 2 | 1,4% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% |
| Перинатальная смертность(родившихся мёртвыми и умерших в первые 6 дней на 1000 родившихся живыми и мёртвыми) | 1 | 0,68%6,84 | 1 | 0,54%5,4 | 2 | 1,1%10,5 |
| Мертворожденные | 1 |  | 1 |  | 2 |  |
| Антенатальная  | 1 |  | 1 |  | 2 |  |
| Интранатальная |  |  |  |  |  |  |
| Ранняя неонатальная |  |  |  |  |  |  |

**Анализ работы с беременными женщинами за 2001-2002-2003гг.**

Анализируя результаты работы с беременными женщинами, можно сделать следующие выводы:

1. За 2001-2003 года прослеживается отчётливая тенденция к увеличению количества родов (146-200). Это, несомненно, связано с некоторой стабилизацией социально-экономического положения в стране, а также увеличением количества повторнородящих в возрасте 30-39 лет, которые не реализовали детородную функцию в период 90-х годов. С другой стороны снизился процент первобеременных женщин, встающих на учёт по беременности (33,6%-32%).

Количество женщин с ранней явкой на учёт по беременности за отчётный период увеличился с 53% до 61%. Процент беременных женщин, взятых на учёт в сроке 28 и более недель, остаётся примерно на одном уровне и составляет 6,9%-9,3%-6,5%. В большинстве случаев эта ситуация связана с социальным неблагополучием обслуживаемого населения.

Доля женщин, закончивших беременность родами и не состоявших на учёте, за истекшие три года уменьшилась с 14% до 8,5%. В подавляющем большинстве случаев это женщины с низким прожиточным уровнем, женщины без гражданства и документов и повторнородившие женщины, которые в течение предыдущих беременностей также не состояли на учёте и благополучно родили.

2. Количество преждевременных родов снизилось с 6% до 4,7%. Этого удалось достичь благодаря введению программы по невынашиванию беременности, которая предусматривает этиотропное лечение угрозы прерывания, коррекцию нейроэндокринных нарушений с ранних сроков беременности, расширение возможности обследования и лечения ЗППП, а также появлению и широкому применению новых лекарственных препаратов в удобной таблетированной форме.

3. Все женщины, состоявшие на учёте по беременности, осмотрены терапевтом. Но, учитывая наличие женщин, не наблюдавшихся во время беременности, этот показатель составляет 86%-89,2%-91,5%. Процент женщин, осмотренных терапевтом до 12 недель, увеличился с 51% до 60%.

Безусловно, этот показатель ниже общепринятого, но увеличение в процентном соотношении составляет 9%. Ниже представлена диаграмма с динамикой процента женщин, осмотренных врачом-терапевтом во время беременности.

Процент женщин, осмотренных врачом терапевтом



4. При анализе структуры осложнений во время беременности обращает на себя внимание снижение общего количества токсикозов первой и второй половины беременности:

- ранние токсикозы 123-112,9-90,1 на 1000 родов

- гестозы 95,8-59,1-68,7 на 1000 родов

-сочетанный гестоз 232,8-215,0-201,0 на 1000 родов

Я считаю, что это связано с внедрением в повседневную работу программы ведения беременных группы риска по гестозу и единых параметров доклинической лабораторной диагностики позднего гестоза. Всем беременным женщинам с факторами риска по развитию гестоза с 15-16 недель назначаются препараты из группы антиоксидантов, дезагрегантов, мембраностабилизаторов прерывистыми курсами. При появлении признаков прегестоза все беременные были пролечены в условиях дневного стационара, а при развитии гестоза – в отделении патологии беременных родильного дома. За отчётный период снизился процент тяжёлых форм гестозов – 1 случай преэклампсии в 2001году.

В структуре осложнений преобладают сочетанные гестозы, что связано с наличием у беременных женщин экстрагенитальной патологии, причём зачастую у одной женщины может быть несколько заболеваний.



5. Выявление экстрагенитальной патологии во время беременности за 2001-2002-2003гг. увеличилось со 100% до 118%. В структуре заболеваний все три года на первом месте находится анемия; увеличилось количество заболеваний мочевыводящих путей (преимущественно за счёт пиелонефрита), болезней системы кровообращения.

Ниже представлены диаграммы структурного соотношения выявленной экстрагенитальной патологии.







6. За период с 2001 по 2003 год снизилось количество случаев оперативного родоразрешения 19,1% до 16,9%, а также случаев осложнений в родах с 30,8% до 13,8%

7. Перинатальная смертность за 3 года повысилась с 6,84‰ до 10,5‰, но, несмотря на высокую концентрацию социально-неблагополучных женщин среди обслуживаемого населения, этот показатель практически равен областному показателю. Все случаи разобраны, ниже будут представлены краткие протоколы разборов.

При анализе перинатальных потерь в сроке до 28 нед (из взятых на учёт по беременности) можно отметить снижение абортов по социальным показаниям, что объясняется введением в действие приказа МЗ РФ № 485 от 13 июня 2003 года, где существенно ограничены показания к прерыванию беременности по социальным показаниям.

Сравнивая показатели по моему участку с показателями по женской консультации за 2001-2002-2003 гг., можно сделать следующие выводы:

1. Количество женщин с ранней явкой на учёт по беременности



Из этой таблицы видно, что процент женщин с ранней явкой на моём участке ниже, чем по женской консультации, но это можно объяснить большей концентрацией неработающих и социально неблагополучных женщин, чем в среднем по городу.

2. Преждевременные роды

Процент преждевременных родов по 1 участку превышает показатели женской консультации только в 2001 году; за остальные годы этот показатель не только ниже данных по женской консультации, но и отмечается снижение по сравнению с 2001 годом на 1,3%

3. Перинатальная смертность (число родившихся мёртвыми и умерших в первые 6 дней на 1000 родившихся живыми и мёртвыми)



Уровень перинатальной и материнской смертности является основным интегрированным показателем, характеризующим эффективность охраны здоровья и качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

При анализе представленной таблицы видно, что показатели перинатальной смертности на моём участке в 2001 и 2002 году ниже, чем по женской консультации, а в 2003 году практически равнозначны с показателями женской консультации. Следует отметить, что показатели перинатальной смертности по Тюменской области за 2003 год лишь незначительно ниже (9,2‰). К сожалению, данные по РФ доступны только за 2001 год, и можно отметить, что эти показатели выше данных по женской консультации и моему участку (12,9‰ по РФ; 10,7‰ по женской консультации и 6,84‰ по 1 участку)

4.Структура перинатальной смертности



Из представленной таблицы видно, что за все 3 отчётных года в структуре перинатальной смертности по 1 участку преобладает мертворождение (антенатальная гибель плода), что, безусловно, дает повод к размышлению и необходимости в последующем обратить более пристальное внимание на эту проблему.

5. Оперативное родоразрешение

Сравнивая эти показатели, можно увидеть, что процент оперативного родоразрешения по 1 участку несколько ниже, чем по женской консультации, за исключением 2001 года, а также отмечается некоторое снижение показателей за 2002 и 2003 год по сравнению с 2001 годом. Это стало возможным за счёт снижения случаев наложения акушерских щипцов и отсутствия плодоразрушающих операций. Количество кесарева сечения в течение этих лет также несколько снизился, но в перспективе трудно ожидать дальнейшего снижения этого показателя, поскольку частота повторного абдоминального родоразрешения с рубцом на матке остается на высоком уровне.

**Протоколы разбора случаев перинатальной смертности.**

2002 год

Минова Наталья Михайловна, 18 лет

Брак не зарегистрирован; не работает

Менархе с 13 лет, сразу регулярно, по 3-5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 16 лет, беременность первая. Гинекологические заболевания отрицает. Соматические заболевания: простудные, спленэктомия в детстве (5 лет) по поводу травмы.

Группа крови 0(1) Rh(-) отрицательный.

Первая явка в женскую консультацию в 18-19 нед., направлена в отделение патологии с DS: Беременность 18-19 нед. Угроза прерывания. В отделении патологии находилась 4 дня, ушла самовольно. Патронаж на дому – со слов родственников, женщина уехала в деревню к родственникам мужа. Следующая явка в 33-34 нед, осмотр совместно с зав. женской консультацией. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, АД 130/90 130/80, стопы пастозные. ВДМ 29 см, шевеление ощущает. Рекомендована госпитализация в ОПБ, женщина категорически отказалась. Амбулаторно назначено дообследование, лечение гестоза, СЗРП и хронической фетоплацентарной недостаточности. На приём приходила нерегулярно, дважды осмотрена с заведующей женской консультации. От госпитализации в отделение патологии беременных категорически отказывалась, несмотря на проведенные беседы в присутствии мужа. За время наблюдения было выполнено 10 патронажей на дому, 9 вызова на приём по телефону.

7.04.2001 года поступила в родильный дом с жалобами на боли внизу живота и отсутствие шевеления ребёнка в течение 3 дней. С DS: Беременность 42 недели, головное предлежание. 1 период родов. Антенатальная гибель плода. Сочетанный гестоз на фоне анемии средней степени тяжести. Rh-отрицательный тип крови. Родоразрешилась через 6 часов мёртвым мальчиком 2550гр, рост 46 см.

Патологоанатомический диагноз: Антенатальная асфиксия плода Мацерация плода. Аутолиз внутренних органов. Пороков развития нет

Вывод: по женской консультации замечаний нет, явное противодействие женщины. Случай условно-предотвратим.

По родильному дому: замечаний нет; случай непредотвратим.

2003 год

Елизарова Светлана Николаевна, 30 лет. Брак расторгнут, работает в ЧП Симонова, продавец

Менархе в 12 лет, сразу регулярно, по 5-6 дней, через 26-28 дней, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет.1 беременность в 1990 году закончилась срочными родами, мальчик 3600. Ребёнок умер в 4,5 мес., причину смерти выяснить не удалось (женщина не представила никаких документов). С 1991 по 2002 год 3 мини-аборта, без осложнений.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, Д-коагуляция в 1996 году.

Соматические заболевания: анемия, хронический бронхит, стойкая ремиссия.

Группа крови В(111),Rh положительный

Течение беременности: до 12 нед перенесла ОРЗ; «Д» учёт по беременности в 13-14 недель. Обследована на ЗППП (трихомониаз, гонорею, ЦМВ, хламидии, микоплазмоз, уреаплазмоз), все результаты отрицательные. В 17-18 нед сдала кровь на АФП, ХГЧ – АФП ниже нормы. Осмотрена врачом генетиком в ЦПС г. Тюмень, заключение: риск по хромосомной патологии общепопуляционный.

УЗИ 14 нед – без патологии

УЗИ 23 недели (в ЦПС) без патологии

Осмотрена врачом терапевтом DS: анемия лёгкой степени

Врач эндокринолог – данных за эндокринную патологию нет

В течение всей беременности получала прерывистыми курсами лечение фетоплацентарной недостаточности, антианемическую терапию. Учитывая неясный генез смерти ребёнка в анамнезе, с 28 недель получала иммуномодулирующую терапию.

УЗИ в 34-35 недели – умеренное многоводие.

29.04.2002 года на приёме при осмотре выявлена повышенная возбудимость матки, женщина с DS:Беременность 35 недель. Крайне отягощённый акушерско-гинеколгический анамнез. Головное предлежание. Угроза преждевременных родов. Умеренное многоводие. Анемия 1 степени, направлена в отделение патологии беременных. 30.04.2002 года поступила в ОПБ, получала сохраняющую терапию, лечение фетоплацентарной недостаточности. КМ в течение 5 дней 8 и 9 баллов. 6.05.2002 года женщина пожаловалась на плохое шевеление плода. При осмотре УЗИ – антенатальная гибель плода. Назначен гормональный фон, и 9.05.2002 года родился мёртвый плод весом 3250, рост 55 см, без видимых пороков развития. Послед – без видимой патологии

Гистология: Зрелая плацента с признаками базального и париетального децидуита.

Патологоанатомический диагноз: Антенатальная асфиксия плода, связанная с внутриутробным инфицированием (межуточный миокардит, нефрит, гепатит)

Вывод: замечаний по ведению женщины в женской консультации и родильном доме нет. Случай условно-предотвратим.

Рахмангулова Эльза Николаевна, 19 лет

Брак зарегистрирован, не работает

Жительница города Тобольска, но на начало беременности проживала в Башкортостане, где в 16 недель и была взята на учёт. Последняя явка в 19 недель, после чего женщина вновь переезжает в город Тобольск, где в 26 недель взята на учёт в женской консультации.

Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный через 1 год, по 5 дней, через 30 дней, безболезненно. Половая жизнь с 18 лет, беременность первая.

Наследственность не отягощена (со слов) Гинекологические заболевания отрицает. Соматические заболевания: простудные

Группа крови А(11) Rh (+) положительный

При взятии на учёт выявлена анемия средней степени Hb 82 г\л, Ht 28% Назначена антианемическая терапия, профилактика фетоплацентарной недостаточности и гестоза. Через 3 недели Hb 100 г/л, Ht 32%, данные коагулограммы в норме.

От обследования на ЗППП женщина отказалась, мазки на микрофлору 2 степени чистоты.

УЗИ в 18 недель – без патологии

УЗИ в 33-34 недели – гипоплазия плаценты

4.09.2003 года направлена в дневной стационар отделения патологии беременных с DS: Беременность 34 недели Головное предлежание Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Анемия лёгкой степени.

Общая прибавка веса за беременность составила 6 кг. АД в динамике 110/70-120/80 мм.рт.ст. Женщина не прошла гормональный скрининг, поскольку на учёт в городе Тобольске встала в 26 недель

10.09.2003г женщина поступила в род.дом по скорой помощи с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей в течение 30 минут. В условиях развёрнутой операционной осмотрена, и через 20 минут родоразрешена оперативным путём

DS: Беременность 34 недели. ПОНРП. Анемия средней степени. Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Полная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода

Признаков матки Кювелера нет, показатели гемостаза в норме; поэтому объём операции не был расширен.

Патологоанатомический диагноз: антенатальная асфиксия плода, связанная с острым нарушением плодово-плацентарного кровотока, отслойкой плаценты

Гистология последа: зрелая гипоплазированная плацента с частично компенсированной плацентарной недостаточностью без воспаления.

Выводы: причина отслойки – нарушение маточно-плацентарного кровотока, анемия средней степени

Случай на уровне ж/консультации и род.дома непредотвратим

**Планирование семьи**

**Контрацепция**

Сохранение здоровья женщины и обеспечение безопасного материнства – основная задача современной медицины. Одним из путей её решения является профилактика незапланированной беременности. В таблице представлены показатели по различным видам контрацепции у женщин 1 участка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 год | 2002 год | 2003 год |
| Всего женщин на участке | 6625 | 6625 | 6625 |
| В т.ч. фертильного возраста | 2632 | 2632 | 2632 |
| ВМС | 461 | 442 | 431 |
| На 1000 фертильного возраста | 171,5 | 167,9 | 163,8 |
| КОК | 134 | 201 | 306 |
| На 1000 фертильного возраста | 50,9 | 76,3 | 116,5 |
| Чистые гестагены, в т.ч. | 32 | 51 | 63 |
| Норплант |  |  |  |
| Депо-Провера | 21 | 28 | 31 |
| Мини-пили | 11 | 23 | 32 |
| Чистые гестагены на 1000 фертильного возраста | 12,1 | 19,3 | 23,9 |
| Экстренная контрацепция | 16 | 5 | 9 |
| Добровольная стерилизация, в т.ч. | 3 | 2 | 4 |
| -мужская |  |  |  |
| -женская | 3 | 2 | 4 |
| Другие методы контрацепции | 224 | 256 | 301 |
| На 1000 фертильного возраста | 85,1 | 97,2 | 114,3 |



Методы контрацепции можно разделить на высокоэффективные (гормональные, внутриматочные, добровольную хирургическую стерилизацию и метод лактационной аменореи при определённых условиях) и низкоэффективные (барьерные, химические, ритмические, прерванный половой акт). Согласно представленным данным, примерно 30% женщин фертильного возраста применяют контрацептивные методы. В структуре методов на протяжении всех трёх лет преобладает внутриматочная контрацепция и прочие методы. С другой стороны, отмечается увеличение количества женщин, применяющих гормональную контрацепцию.

Аборты.

Проблема абортов в современных условиях занимает особое место. Распространённость и динамика абортов – показатели эффективности мер по охране репродуктивного здоровья.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 год | 2002 год | 2003 год |
| Всего абортов (без мини), из них | 127 | 114 | 122 |
| На 1000 фертильного возраста | 48,2 | 43,3 | 46,3 |
| Самопроизвольные | 15 | 12 | 8 |
| Искусственные легальные | 99 | 64 | 90 |
| По соц. показаниям | 11 | 15 | 5 |
| Криминальные | - | - | - |
| Неутонченные | 12 | 13 | 19 |
| Умерло женщин после аборта | - | - | - |
| Мини-аборты | 47 | 54 | 61 |
| На 1000 фертильного возраста | 17,9 | 20,5 | 23,2 |
| Роды/аборты | 1/1,5 | 1/1,1 | 1/1,2 |

В России традиционно сложился стереотип решения проблем нежелательной беременности путём её искусственного прерывания, что наносит непоправимый вред репродуктивному здоровью.

 Данные таблицы свидетельствуют о снижении числа абортов, но наряду с этим отмечается рост мини-абортов (17,9-20,5-23,2). Мини-аборт менее травматичен, чем прерывание беременности в сроке 6-12 недель, когда производится механическое расширение шейки матки и последующее опорожнение полости матки металлической кюреткой. Заметно снизилось количество прерываний беременности по социальным показаниям, что связано, в первую очередь, с ограничением показаний к данной манипуляции. В течение всех трёх лет не было ни одного случая криминального аборта, а также случаев материнской смертности.

Несмотря на совершенствование существующих методов прерывания беременности основная часть нарушений репродуктивного здоровья происходит за счет осложнений абортов (в том числе и отсроченных), поэтому профилактика абортов – одно из приоритетных направлений медицинской деятельности.

Эффективность диспансеризации гинекологических больных

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 год | 2002 год | 2003 год |
| Миома тела матки | 10\_\_\_\_115+28\*100%=7% | 14\_\_\_\_110+46 \*100%=8,9% | 6\_\_\_\_\_124+27 \*100%=3,9% |
| Кисты | 5\_\_3+7 \*100%=50% | 6\_\_\_\_1+10 \*100%=54,5%  | 11\_\_9+14 \*100%=47,8% |
| Хронические заболевания | 10\_\_6+12\*100%=55,5% | 12\_\_8+8 \*100%=75% | 5\_\_4+3 \*100%=71,7% |
| О.эндометрит, аднексит | 6\_\_1+8 \*100%=66,6% | 10\_\_3+9 \*100%=83,3% | 10\_\_4+7 \*100%=90,9% |
| Трихомониаз | 112\_\_\_19+134\*100%=73,2% | 151\_\_\_11+178 \*100%=79,9% | 120\_\_\_13+133\*100%=82,1%  |
| РОМФ | 4\_\_3+5 \*100%=50% | 8\_\_6+5 \*100%=72,7%  | 2\_\_0+8 \*100%=25% |
| Климактерические расстройства | 2\_\_1+3 \*100%=50% | 3\_\_2+5 \*100%=42,8% | 1\_\_2+3 \*100%=20% |
| Эндометриоз | 1\_\_4+3 \*100%=14,2% | 5\_\_\_7+10 \*100%=29,4% | 4\_\_\_\_10+14 \*100%=16,6%  |
| Бесплодие | 1\_\_2+3 \*100%=20% | 2\_\_1+4 \*100%=40% | 1\_\_3+5 \*100%=12,5% |
| Опущение половых органов | 1\_\_1+2 \*100%=33,3% | 1\_\_2+4 \*100%=16,6% | 2\_\_3+3 \*100%=33,3% |
| Железисто-кистозная гиперплазия | 5\_\_2+6 \*100%=62,5% | 8\_\_3+8 \*100%=72,3% | 6\_\_3+6 \*100%=66,7% |

Все гинекологические больные с хроническим течением заболевания, относящиеся к группе риска по возникновению онкопатологии или нарушению репродуктивного здоровья, подлежат динамическому наблюдению. На каждую женщину заводится «Контрольная карта диспансерного наблюдения», где указывается диагноз, по которому она поставлена на учёт, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения.

 Впервые выявленные женщины с острыми гинекологическими заболеваниями направляются на стационарное лечение, после выписки также подлежат динамическому наблюдению.

 После излечения, подтверждённого контрольными обследованиями, женщина может быть снята сдиспансерного учёта.

В представленной таблице можно увидеть весьма различные цифры эффективности диспансеризации, что зависит от нозологической формы. Так, если процент эффективности диспансеризации при острых заболеваниях стабильно высок, то в строке «Миома тела матки» этот показатель весьма скромный. Это связано с тем, что женщины в этой группе могут быть сняты с диспансерного учёта только после оперативного лечения. После операции эти пациенты переводятся в другие диспансерные группы, поскольку операция не решает многих проблем, а иногда и усугубляет ситуацию. Поэтому практически все женщины с этим диагнозом находятся под диспансерным наблюдением до глубокой старости.

По данным этой таблицы видно, что значительно увеличилась заболеваемость трихомониазом. Практика показывает, что многие женщины уже имеют в анамнезе случаи этого заболевания; чаще всего это связано с тем, что многие пары нарушают врачебные рекомендации, а также с определенными сложностями проконтролировать лечебный процесс у партнера.

Также увеличилась заболеваемость эндометриозом, что может быть связано с более активным внедрением в практику современных методов диагностики. К сожалению, в условиях города Тобольска нет возможности для проведения гистероскопии и лапароскопии. Возможно, при наличии данной аппаратуры и возможности обследования эти цифры были бы ещё больше.

За отчётный период увеличилось число женщин с бесплодием, причём истинные цифры могли бы быть ещё больше, если учитывать пары с мужским бесплодием.

Показатели эффективности диспансеризации по перечисленным нозологиям не очень высоки, так как для достижения хорошего лечебного результата необходимо не только упорство и профессионализм со стороны врача, положительный настрой и желание лечиться со стороны пациента, но и значительные материальные затраты, что не всегда возможно.

**Список литературы**

Аскалонов А.А. Перфильева Г.Н. Обеспечение качества медицинской помощи матери и ребёнку – Барнаул, 1998

Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике – Н.Новгород, 1995

Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. - М.: Медицина, 1998

Дуда В.И.“Гинекология.”, Минск, 2002.

«Здравоохранение» №1-4 2001, 2002, 2003гг

Краснопольский В.И., Радзинский В.Е. Кесарево сечение – Киев 1993

Краснопольский В.И. Принципы прегравидарной подготовки супружеской пары групп экологического риска, планирующих беременность (пособие для врачей) – Екатеринбург, 1999

Кулаков В.И., Серов В.Н., и др. Руководство по безопасному материнству – М., 1998

Кулаков В.И., Серов В.Н., и др. Руководство по охране репродуктивного здоровья – М., 2001

Милованов А.П. «Патология системы мать-плацента-плод» 1999

Научно-практическая программа Современные методы профилактики абортов (под руководством Шараповой О.В., Кулакова В.И.) – М., 2004

Отраслевые стандарты объёмов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии – М., 1999

Перфильева Г.Н. Материнская смертность в сельском регионе – Барнаул, 1999

Перфильева Г.Н. Экспертиза перинатальной смертности (методические указания) – Барнаул,1999

Полякова В.А. «Практическое акушерство в алгоритмах и задачах» - М., Медицинская книга, 2002год

Родзинский В.Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности. Клин фармак и тер 1998; 3:91-96.

Сметник В.П., Балан В.Е., Затикян Е.П. “Диагностика и лечение климактерических расстройств” Методические рекомендации, Москва, 1998, с. 24.

Савельева Г.М Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов №2 1998

Савельева Г.М. Плацентарная недостаточность – М., 1991

Серов В.Н., Кудрявцева Л.И Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников – М., 1999

В. П. Сметник, Л.Г. Тумилович. “Неоперативная гинекология.” Москва, 2002.

Сметник В.П., Балан В.Е., Затикян Е.П. “Диагностика и лечение климактерических расстройств.” Методические рекомендации, Москва, 1998, с. 24.

Чернуха Е.Л. «Родовой блок» - М., Медицина, 2000год

Хетагурова Г.И., Перфильева Г.Н. Основы физиотерапии в акушерстве и гинекологии – Барнаул, 1999

Шехтман М.М. «Руководство по экстрагенитальной патологии беременных» Москва 2001 «Триада-Х»

Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELP-синдром – Петрозаводск, «Интелтек», 2002

Roger Freeman. Roger K. Freeman, MD, answers questions on antepartum fetal evaluation. Contemporary Ob/Gyn 2001;7.

Перевод и адаптация: В.А. Потапов, М.В. Медведев. Пренатальное исследование функционального состояния плода во второй половине беременности <http://www.ukrmedsoc.dp.ua/>

Научный вестник Тюменской медицинской академии №5, 2000г

Медицинские ресурсы Интернет

**Нормативные документы**

- [Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук "О реализации мероприятий федеральной целевой программы "Безопасное материнство" от 27 мая 2002 г. N 174/28.](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-7160-13906889057602%5Cinput%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8%5Cdoc.php)

 -[Приказ Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности" от 14 октября 2003 г. N 484.](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-7160-13906889057602%5Cinput%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8%5Cdoc.php)

-[Приказ Министерства здравоохранения РФ "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей" от 28 декабря 2000 г. N 457.](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-7160-13906889057602%5Cinput%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8%5Cdoc.php)

-[Приказ Министерства здравоохранения РФ "О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях" от 10 февраля 2003 г. № 50.](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-7160-13906889057602%5Cinput%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8%5Cdoc.php)

-[Постановление Правительства РФ "О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности" от 11 августа 2003 г. N 485.](file:///C%3A%5Cwww%5Cdoc2html%5Cwork%5Cbestreferat-7160-13906889057602%5Cinput%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8%5Cdoc.php)